

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO CON UN NARCOTICO APROBADO

(Se pueden modificar las disposiciones de este formulario para cumplir con las leyes estatales aplicables).

NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA

NOMBRE DEL MEDICO QUE EXPLICA LOS PROCEDIMIENTOS

NOMBRE DEL DIRECTOR MEDICO

Por el presente autorizo y doy mi consentimiento voluntario al Director Médico del Programa antes mencionado y/o los asistentes debidamente autorizados que pueda seleccionar para administrar o prescribir el(los) medicamentos denominados metadona y/o Levo-Alfa-Acetil-Metadol (LAAM) como elemento en el tratamiento de mi dependencia de la heroína u otros narcóticos.

Me explicaron los procedimientos que se emplearán para tratar mi enfermedad y entiendo que consistirán en que tome el narcótico prescrito en las dosis y las veces que determine el Director Médico del Programa, o su delegado, lo que me ayudará a controlar mi dependencia de la heroína u otros narcóticos.

Me explicaron que la metadona y el LAAM son narcóticos que pueden ser nocivos si se los toma sin supervisión médica. También entiendo que la metadona y el LAAM son medicamentos adictivos y, al igual que otros medicamentos utilizados en la práctica médica, pueden producir resultados adversos. Me explicaron el método alternativo de tratamiento, los posibles riesgos asociados y las posibilidades de que se presenten complicaciones, pero igualmente deseo recibir metadona y/o LAAM debido al riesgo que existe de que vuelva a consumir heroína u otros narcóticos.

El tratamiento narcótico tiene por objeto la rehabilitación total del paciente. El eventual abandono de todas las drogas es un objetivo apropiado del tratamiento. Comprendo que para algunos pacientes el tratamiento narcótico puede continuar durante períodos relativamente prolongados, pero se considerará periódicamente mi absoluto abandono de todos los narcóticos.

Entiendo que puedo abandonar este programa de tratamiento e interrumpir el uso del medicamento en cualquier momento y que me proporcionarán desintoxicación bajo supervisión médica.

Acepto informar a cualquier médico que pueda atenderme por un problema médico que estoy participando en un programa de tratamiento narcótico, ya que el uso de otros medicamentos junto con los narcóticos prescritos en el programa puede dañarme.

También entiendo que durante el tratamiento, determinadas condiciones pueden requerir el uso de procedimientos adicionales o diferentes de los que me explicaron. Entiendo que estos procedimientos alternativos se usarán cuando, a criterio profesional del Director Médico del Programa, se consideren convenientes.

(Vea al dorso de este formulario, donde encontrará elementos adicionales para el consentimiento).

PACIENTES EN EDAD REPRODUCTORA

PACIENTES TRATADAS CON METADONA EXCLUSIVAMENTE

A mi mejor saber y entender, estoy no estoy embarazada en este momento.

Aparte de los posibles riesgos asociados con el uso prolongado de la metadona, también entiendo que, al igual que la heroína y otros narcóticos, la información disponible en la actualidad sobre sus efectos en las mujeres embarazadas y en el feto es insuficiente como para garantizar que no producirá efectos colaterales significativos o graves.

Me explicaron y entiendo que se transmite la metadona al feto y provocará dependencia física. En consecuencia, si estoy embarazada y repentinamente dejo de tomar metadona, yo o el feto podemos presentar síntomas asociados con la interrupción del fármaco, los que pueden ejercer efectos adversos sobre mi embarazo o el niño. No usaré otros medicamentos sin la aprobación del Director Médico o su asistente autorizado, ya que estos medicamentos, en particular por su posible interacción con la metadona, pueden dañarme o pueden dañar al feto. Informaré a cualquier otro médico que atienda al niño, después de su nacimiento, de mi participación presente o pasada en un programa de tratamiento narcótico para que pueda atenderme correctamente a mí y al niño.

Me explicaron que después del nacimiento de mi hijo no deberé amamantarlo ya que esto puede generar dependencia física de la metadona en el niño. Entiendo que por un período breve después del nacimiento, el niño puede presentar irritabilidad transitoria u otros efectos indeseados debido a mi uso de metadona. Es fundamental que el pediatra del niño sepa que participo en un programa de tratamiento narcótico para que puede brindarle el tratamiento médico apropiado.

Me explicaron todos los posibles efectos antes mencionados de la metadona y entiendo que hasta la fecha no se ha llevado a cabo una cantidad suficiente de estudios relativos al uso prolongado del medicamento como para garantizar una completa seguridad para mi hijo. Con total conocimiento de esto, acepto usar el medicamento y prometo informarle de inmediato al Director Médico o uno de sus asistentes si

PACIENTES MENORES DE 18 AÑOS DE EDAD

NO SE PUEDE PRESCRIBIR LAAM A ESTOS PACIENTES —

El paciente es menor de edad y tiene _____ años.

Nació el ____ / ____ / ____ .

(Me/Nos) explicaron los riesgos asociados con el uso de metadona y entiendo/entendemos que la metadona es un medicamento respecto del cual se están llevando a cabo estudios prolongados y no se dispone de información completa sobre sus efectos en adolescentes. (Me/Nos) explicaron que se usa la metadona en el tratamiento de menores exclusivamente porque el riesgo de que vuelva a consumir heroína es lo suficientemente considerable como para justificar este tratamiento.

Declaro/Declaramos que la participación en el programa de tratamiento narcótico es totalmente voluntario de parte del(los) padre(s)/tutor(es) y el paciente, y que se puede interrumpir el tratamiento con metadona en cualquier momento a (mi/nuestro) pedido o del paciente. Con total conocimiento de los beneficios potenciales y los posibles riesgos asociados con el uso de metadona en el tratamiento de un adolescente, acepto/aceptamos su administración al menor, ya que considero/consideramos que, de lo contrario, seguirá siendo dependiente de la heroína u otros narcóticos.

PACIENTES TRATADAS CON LAAM EXCLUSIVAMENTE

Las pacientes tratadas con dosis de mantenimiento de LAAM deben someterse a un análisis de detección de embarazo inicial y mensual. No existen datos suficientes como recomendar un esquema posológico apropiado en pacientes embarazadas. Por lo tanto, las pacientes tratadas con LAAM que están o quedan embarazadas, no deberán comenzar ni continuar el tratamiento con dicho agente, excepto que medie una orden escrita de un médico.

Certifico que no me han garantizado ni asegurado los resultados que se pueden obtener del tratamiento de la adicción a las drogas. Con total conocimiento de los beneficios potenciales y los posibles riesgos asociados, acepto participar en el tratamiento narcótico, ya que considero que, de lo contrario, seguiría siendo dependiente de la heroína u otros narcóticos.

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA DE NACIMIENTO

FECHA

____ / ____ / ____

FIRMA DEL(LOS) PADRE(S) O TUTOR(ES)

RELACION

FECHA

FIRMA DEL TESTIGO

FECHA